مقياس الطفل التوحدى

أ.د/ عادل عبد الله محمد
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

مقياس الطفل التوحدى

أ.د/ عادل عبد الله محمد
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق



الناشـــــر	:	**دار الرشـــاد**
العنـــوان	:	١٤ شارع جواد حسنى ـ القاهرة
تليفـــون	:	٣٩٣٤٦٠٥
رقـم الإيـداع	:	٢٠٠٣/١٧٠٦
الترقيم الدولى	:	977 - 364 - 000 - 0
الطبــــع	:	**عربية للطباعة والنشر**
العنـــوان	:	٧ ، ١٠ ش السلام ـ أرض اللواء ـ المهندسين
تليفـــون	:	٣٢٥١٠٤٣ـ٣٢٥٦٠٩٨

| الطبعة الأولى | : | ١٤٢٣ هـ ـ ٢٠٠٣ م |
| الطبعة الثانية | : | **١٤٢٤ هـ ـ ٢٠٠٣م** |


بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة:

تمثل قضية الإعاقة ورعاية المعاقين مبدأ إنسانياً وحضارياً نبيلاً يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق المعاقين وإتاحة الفرصة المتكاملة لهم للإضطلاع بواجبات المشاركة والإندماج فى المجتمع . وعلى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية والإرشادية للأطفال التوحديين autistic children كغيرهم من فئات ذوى الإحتياجات الخاصة واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تنل حظها من الرعاية والإهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسى من جراء تقديم البرامج التربوية الخاصة لهم سواء كانت تلك البرامج تدريبية أو إرشادية أسرية أو علاجية إذ تمثل تلك البرامج شكلاً أساسياً من أشكال الرعاية النفسية والتربوية المخططة التى تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق السلوك المقبول اجتماعياً ، ومن ثم تسهم فى مساعدتهم على الإنخراط فى المجتمع.

ويعد اضطراب التوحد أو التوحدية autism كما ترى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ومع ذلك تعانى العيادات النفسية المصرية من قصور واضح فى أساليب تشخيص هذا الاضطراب. وقد يشخص الأطفال التوحديون فى الغالب على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذى يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماماً . وإضافة إلى ذلك فان هذه الفئة لم تنل حظها من الاهتمام ولاحتى على مستوى المجال البحثى وذلك على المستويين الإقليمى والمحلى على الأقل، فإلى جانب تشخيصهم الخاطئ على أنهم متخلفون عقليا لايوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادراً فى الوقت الذى يختلف فيه الأمر عن ذلك كثيراً على المستوى الدولى وخاصة فى دول أوربا وأمريكا حيث المدارس والجمعيات والمراكز الخاصة بهم، والخدمات التى يتم تقديمها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذى تم إجراؤه عليهم. وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح الى المجال البحثى منذ مايربو على نصف قرن .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة، وعدم ظهور تشخيص مستقل لتلك الفئة إلا فى الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III-R الذى أصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسى (١٩٨٧) ثم فى الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التى صدرت عام (١٩٩٤)، إلى جانب أن السبب الرئيسى لهذا الاضطراب لايزال غير معروف للآن، ففى الوقت الذي يرده جيلسون (٢٠٠٠) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل فى اضطراب فى بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ، يذهب دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الاكثر إحتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحدية، وبين هذا وذاك لايزال السبب الرئيسي غير معروف. كما لايزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائيين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب ، وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النمائية . وهذا يعني أن التوحدية تعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التى تصدر عن الطفل والتى تتمحور فى ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Dennis et. al. باضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعى، واضطرابات فى النشاط التخيلى والقدرة على التواصل ، وانغلاق على الذات وضعف فى الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية.

اضطراب التوحد:

يُعد كانر (١٩٤٣) Kanner هو أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث فى مرحلة الطفولة . ويرى أرونز وجيتنز (١٩٩٢) Aarons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التى تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً ، ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالى :

أ – اضطراب فى سرعة أو تتابع النمو.

ب – اضطراب فى الاستجابات الحسية للمثيرات.

جـ – اضطراب فى الكلام واللغة والسعة المعرفية.

د – اضطراب فى التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات .

ويذكر عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هناك سمات معينة للأطفال التوحديين هى عدم الارتباط بالأشياء ، وضعف استخدام اللغة والاتصال، والمحافظة على الرتابة والروتين، وضعف فى الوظائف العصبية . ويرى حلوانى (١٩٩٦) أنه قد كانت هناك افتراضات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير التوحدية فنظر النموذج الاجتماعى لها على أنها اضطراب فى التواصل الاجتماعى نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التى نتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما ممأدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعى مع الوسط المحيط به . فى حين يفسرها النموذج النفسى على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل فى بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسى . فى حين يشير نموذج آخر على أنه يرجع إلى الطفل نفسه حيث يعتبره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوى . ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هذه الافتراضات قد أضحت مشكوكاً فيها مما جعل الاهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية والتى كان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب واحد محدد يؤدى إلى التوحد . ويؤكد بومر وآخرون (١٩٩٥) Boomer et al أن هناك إعتقاداً بأن خللاً وظيفياً فى الجهاز العصبى المركزى من عوامل غير معروفة هو سبب التوحد، ومن ثم إنصب الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة بالتوحدية.

وتُعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية فى التوحدية ولذلك فمن المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحدية والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين التوحدية وهذه الاضطرابات . ويرى سميث وآخرون (١٩٩٥) Smith et al أنه من الممكن التمييز بينهما حيث نجد أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون التواصل

بالايماءات وبتعبيرات الوجه ، بينما لايظهر الأطفال التوحديون تعبيرات إنفعالية مناسبة أو تعبيرات انفعالية مصاحبة . ويفشل هؤلاء الأطفال التوحديون فى استعمال اللغة كوسيلة إتصال بدون تدريب على ذلك .

ومن ناحية أخرى يشير حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الاطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة فى العلاقات الاجتماعية، ويعانون من اضطراب القدرة على إقامة علاقات صداقة تقليدية حيث غالباً ما تنقصهم المهارات الضرورية لبدء علاقات صداقة اجتماعية، ولو وجدت تلك العلاقات فغالباً ما تكون صامته أو تؤدى إلى الارتباك . كذلك ينقصهم التعاطف مع وجهات النظر وأحاسيس الآخرين ولايبادرون بإجراء حوار مع الغير . ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن تواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر فى صورة إنخفاض فى مهارات الإتصال ومشكلات فى التعبير عن المشاعر والانفعالات والحالات النفسية التى يمرون بها ، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء استثارتهم انفعالياً أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً أو قذف ما يكون بأيديهم وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيرا عن رغبتهم فى جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لايستطيعون التعبير الصحيح عنها وقد تعتبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات .

وفى إصدار عن المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center يتضح أن هذا الاضطراب النمائى الحاد المعروف بالتوحدية autism لايزال سببه الحقيقى غير معروف للآن، وأن الطفل التوحدى لاتتطور لديه شخصية سوية أو مهارات تفاعلية، وعادة ما يتم إكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً . ويعد هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون Down syndrome ويستمر مدى الحياة، كما يصيب أربعة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل، وتتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياساً بالبنات. وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحديين فى مجالات العلاقات الاجتماعية، والسلوك، واللغة، واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية.

وتؤكد الجمعية الامريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحدية وتندرج تحت العنوان الرئيسى (الإضطراب النمائى العام أو الشامل Pervasive Developmental Disorder (PDD) والذى يمثل فئة عامة من الاضطرابات تتسم بوجود خلل شديد وشامل فى العديد من مجالات النمو. ويحدد دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة عدداً من المحكات التى يجب توفرها حتى يتم تشخيص الأطفال فى إطار هذه الفئة، وعندما يتوفر عدد من السمات التى تم تحديدها فى هذا الدليل فإن ذلك يعنى إنطباق الاضطراب على الفرد. ويعتمد التقييم التشخيصى على الملاحظة من قبل المختصين والآباء لوجود سلوكيات معينة. ويعانى الأفراد الذين يصابون بأى اضطراب من تلك التى تتبع فئة الاضطراب النمائى العام أو الشامل من قصور فى التواصل، وقصور فى الجانب الاجتماعى ولكنهم يختلفون فى مدى حدة ذلك الاضطراب. وهناك بعض النقاط الرئيسية التى تسهم فى تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة نعرض لها على النحو التالى :

١- الاضطراب التوحدى : autistic disorder

ويتسم بوجود خلل فى التفاعلات الاجتماعية، والتواصل، واللعب التخيلى وذلك قبل أن يصل الطفل سن الثالثة. إلى جانب السلوكيات النمطية، ووجود قصور أو خلل فى الإهتمامات والأنشطة. ويعد هذا الاضطراب هو محور إهتمامنا ، ويعمل المقياس الحالى على تشخيصه .

٢- اضطراب أو زملة أسبرجر : Asperger's disorder

ويتسم بوجود خلل فى التفاعلات الاجتماعية، ووجود إهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية فى اللغة ، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى فوق المتوسط .

٣- اضطراب نمائى عام غير محدد فى مكان آخر :

Pervasive developmental disorder- not otherwise specified

ويشار إليه عادة على أنه توحدية غير نمطية atypical ويتم تشخيص الحالة على هذا

النحو عندما لاتنطبق على الطفل المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل فى سلوكيات محددة .

٤- اضطراب أو زملة ريت : Rett's disorder

وهو اضطراب نمائى يصيب البنات فقط. وفيه يحدث النمو الطبيعى أولاً ثم تفقد البنت المهارات التى إكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضى لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين، ويبدأ ذلك فى السن من ١-٤ سنوات .

٥- اضطراب الطفولة التفككى أو التفسخى: Childhood disintegrative disorder

ويتسم بحدوث نمو طبيعى للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل، ثم فقد المهارات التى تم إكتسابها من قبل .

ويذهب دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever إلى أن التوحدية تعد بمثابة اضطراب طيفى Spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر فى مجموعة كبيرة من التصنيفات التى تتراوح بين البسيطة إلى الحادة . وعلى الرغم من أن التوحدية يمكن تعريفها من خلال مجموعة معينة من السلوكيات فانه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدوا أى مجموعة من السلوكيات بأى درجة من الحدة. كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل يختلف كثيراً عن بعضهما، وأن يكون لديهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالدين والتاريخ النمائى للطفل على درجة كبيرة من الأهمية فى هذا الإطار. وقد يبدو بعض الأطفال التوحديين منذ الوهلة الأولى وكأن لديهم تخلفاً عقلياً، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات فى السمع ، أو حتى سلوك غريب أو شاذ وغريب الأطوار eccentric . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد تتزامن مع التوحدية فيكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها . ولكن يبدو من المهم أن نميز بين التوحدية وبين هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجى أو التربوى المناسب .

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحديين يبدون نمواً عادياً حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً ، ثم يلاحظ

الوالدان تأخراً كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America فى مجالات اللغة والتواصل، أو اللعب ، أو العلاقات الاجتماعية ، أو السلوكيات، أو العمليات الحسية والإدراكية، كما يلاحظ أن سلوكهم يغلب عليه التبلد الإنفعالى وعدم الإكتراث بمن حولهم، ويؤثرون الإنعزال والإنسحاب من المواقف الاجتماعية، وعدم الإكتراث بالمعايير الاجتماعية، وسهولة الإنقياد وسرعة الإستهواء ، والشعور بالدونية والإحباط وضعف الثقة بالنفس وهو الأمر الذى يؤدى بهم إلى السلوك العدوانى سواء تمثل ذلك فى إيذاء الذات أو الآخرين أو تحطيم الممتلكات، كما أنه قد يؤدى بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى أو السلوكيات المضادة للمجتمع، وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدوانى بأبعاده المختلفة .

ويؤكد دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever أن التوحدية تعد بمثابة إضطراب نمائى حاد يظهر على الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، ويعتبر نتيجة لإضطراب عصبى neurological يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ. ويؤكد دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce أن التوحدية تؤثر فى قدرة الطفل على التواصل، وفهم اللغة، واللعب، والتفاعل مع الآخرين. وأنها تعتبر زملة أعراض مرضية سلوكية، وهذا يعنى أن تعريفها يقوم على أنماط السلوك التى تصدر عن الفرد. ولاتعد التوحدية مرضاً، كما أنها ليست معدية بالمعنى الذى نعرفه، ولاتكتسب من خلال الإتصال بالبيئة . وعلى الرغم من حدوث إضطراب عصبى يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ فإن السبب المحدد الذى يعد مسئولاً عن حدوث التوحدية لايزال غير معروف للآن . وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America أن التوحدية وما يرتبط بها من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة ١ :٥٠٠ وأن نسبة إنتشارها بين البنين تزيد عن إنتشارها بين البنات بأربعة أضعاف، وليست هناك حدود إجتماعية ، أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على إحتمال حدوثها، كما أنها لاتتأثر أيضاً بدخل الأسرة أو المستويات التعليمية لأفرادها. ويضيف مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة (١٩٩٩) Center for Disease Control and Prevention أن التوحدية لاترتبط بأى تاريخ أسرى مرضى أو

أى ممارسات أسرية أو ثقافية، وهو الأمر الذى أدى إلى رفض بعض النظريات التى سادت من قبل والتى ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية. وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالى خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحدية. وتذهب الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America إلى أن معدل الإنتشار هذا قد جعل من التوحدية ثالث أكثر الإضطرابات النمائية شيوعاً، بل إنه يعد أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون Down Syndrome حيث يرون أن التوحدية وما يرتبط بها من إضطرابات تحدث تقريباً لدى ستين حالة من بين كل عشرة آلاف حالة ولادة .

ويحدد المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center عدداً من السمات التى تميز الأطفال التوحديين وذلك فى المجالات التالية :

١- **العلاقات الاجتماعية** : قد يفشل الطفل التوحدى فى التفاعل مع القائمين على رعايته إذ أنه يقضى جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده بدلاً من تواجده مع الآخرين ، كما أنه لاتبدو عليه السّعادة أبداً، إلى جانب أن الطفل يعانى من قصور فى الإهتمامات الإجتماعية قياساً بأقرانه فى مثل سنه فيبدى قدراً ضئيلاً من الإهتمام بتكوين صداقات ، وتقل إستجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الإبتسام مثلاً .

٢- **السلوكيات** : ويحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثانى من عمره كأن يستمر مثلاً فى إضاءة الأنوار أو إطفائها ، أو يستمر فى نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى فى أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط. وقد يكون الطفل مفرطاً فى الفاعلية أو السلبية، كما يقوم بتكرار اللعب بشئ واحد أو مع شخص واحد. وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التى قد يأتى بها تشبيك الأيدى أو ثنيها مثلاً ، أو ضرب الرأس فى الحائط، وقد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذى نفسه، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعى بالأمان، وتنتابه نوبات غضب وبكاء مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك. وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات أو نفرض أى تغيير على البيئة المحيطة فإن الطفل غالباً ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية.

٣- التواصل : ويلاحظ على الطفل أن لغته تنمو ببطء أو لاتنمو على الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذى معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفى أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولايستخدم الحديث للتواصل ذى المعنى. وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه.

٤- العمليات الحسية والإدراكية : وقد يبدو الطفل التوحدى وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية. وإذا ما تمت مضايقته قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة، وقد يضع أصابعه فى أذنيه أو يغطيهما عند سماع أصوات معينة. وغالباً ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة، والطعوم والروائح الكريهة. ولايحب أن يلمسه أحد، كما قد يكون لديه إما فرط حساسية للألم أو نقص فى الحساسية للألم. كما قد تتأثر حوآسه للمثيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانه وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية .

٥- اللعب : ويتسم الطفل بنقص أو قصور فى اللعب التلقائى أو التخيلى، كما لايبدى أى مبادرات للعب التظاهرى، ولايقلد أفعال الآخرين .

ويتضح من عرض تلك السمات أن جميعها يمثل أوجه قصور فى هذا الجانب أو ذاك يمكن من خلالها التعرف على الطفل التوحدى وتمييزه عن غيره من الأطفال الذين يعانون من إضطرابات شبيهة لما يحدث فى هذا الجانب أو ذاك. وإلى جانب ذلك فهناك عدد من المحكات تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA وذلك فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM- IV يتم فى ضوئها تشخيص الأطفال التوحديين، ويتضمن ذلك حدوث خلل فى التفاعل الاجتماعى، والتواصل، واللغة ، واللعب، والسلوكيات ، بحيث يحدث الإضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، وذلك على النحو التالى :

أولاً : يشترط إنطباق إجمالى ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١، ٢، ٣) على أن ينطبق على الطفل بندان على الأقل من المحك الأول، وبند واحد

على الأقل مـــن المحـــك الثانى ، وبند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث. وهذه المحكات هى :

١- حدوث خلل أو قصور كيفى فى التفاعل الاجتماعى كما يتضح من إنطباق إثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - حدوث خلل أو قصور واضح فى إستخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين، والتعبيرات الوجهية ، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعى.

ب - الفشل فى إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائى .

جـ - نقص فى البحث أو السعى التلقائى للمشاركة مع الآخرين فى الإستمتاع ، أو الإهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً فى نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الإهتمام أو إحضارها معه أو الإشارة إليها.

د - نقص فى تبادلية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم إنفعالياً .

٢- حدوث خلل أو قصور كيفى فى التواصل كما يتضح من إنطباق بند واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل:

أ - تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات أو التمثيل الصامت.

ب - خلل أو قصور واضح فى القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوى المستوى اللغوى المناسب.

جـ - الإستخدام النمطى أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به .

د - نقص أو قصور فى اللعب التظاهرى أو الإدعائى التلقائى والمتنوع أو اللعب الاجتماعى القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائى للطفل.

٣- حدوث أنماط سلوكية وإهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من إنطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - إنشغال كبير باهتمام نمطي واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء في مدى حدته أو بؤرة الاهتمام الخاصة به.

ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملى وغير فعال.

جـ - أساليب أداء نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدى أو الأصابع ، وتشبيكها، أو ثنيها ، أو الحركات العنيفة، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .

د - الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ثانياً: حدوث تأخر أو أداء غير عادى فى واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره :

أ - التفاعل الاجتماعى .

ب - اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعى .

جـ - اللعب الرمزى أو التخيلى.

هذا ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نفكر فى التوحدية وما يرتبط بها من سمات فغالباً ما نجد أن إختلال الأداء الوظيفى فى السلوك الاجتماعى للطفل التوحدى يمثل الخاصية الأساسية للاضطراب . كذلك فإن النمو الاجتماعى للأفراد التوحديين لايتطور بخطى توازى نموهم العقلى، فبينما قد يبلغ النمو العقلى المدى الطبيعى أو حتى فوق الطبيعى نجد أن النمو الاجتماعى يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً ما تتم الإشارة إلى الفرد التوحدى على أنه غير ناضج إجتماعياً . ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لإختلال الأداء الوظيفى الاجتماعى للطفل التوحدى إلى جانب إختلال الوعى الاجتماعى تتمثل فى عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه فى وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر، وعدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعلوه فى المواقف الاجتماعية المختلفة، والعجز أو القصور الاجتماعى . وهو الأمر الذى يؤدى

إلى حدوث العديد من المشكلات. وفى هذا الإطار يذهب إلى أنه يمكن تصنيف المشكلات المرتبطة بإختلال الأداء الوظيفى الاجتماعى إلى ثلاث فئات هى التجنب الإجتماعى، واللامبالاة الإجتماعية، والفظاظة الإجتماعية حيث نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين، ويغضب أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه. وقد يرجع ذلك إلى أنه يتملكه الخوف من جراء ذلك وأنه لايحب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية. وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولايبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك ، ولايتضايق من وجوده بمفرده أو مع الاخرين. أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم فى تكوين صداقات لايستطيعون الحفاظ عليها، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوى الذى يعانون منه .

ويذهب حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة فى العلاقات الاجتماعية، واضطرابات فى القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لاينشغلون فى التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم. ومن ناحية أخرى فإنهم لايبادرون بإجراء حوار مع الآخرين وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى إهتمام المستمع وربما يهربون من منتصف المحادثة . وجدير بالذكر أن الفرد التوحدى يصبح فى حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه أو يتفاعلون معه، كما أنه فى الغالب يرفض أى نوع من الإتصال والتفاعل الطبيعى الاجتماعى حتى البسيط منه . ويمكن أن يشترك الطفل التوحدى فى الإتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذى يعانى من التخلف العقلى الحاد . ومن الأمور التى قد تعوقه عن التواصل الطبيعى مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى ، كما أن لديه نقص فى التواصل البصّرى وفهم التعبيرات الوجهية والإيماءات الاجتماعية. ويرى تريبانيار Trepagnier (١٩٩٦) أن أوجه القصور التخيلية والاجتماعية والمعرفية والقصور فى التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانون منه من إختلال فى التواصل بالعين وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى

مقياس الطفل التوحدى

إعداد

أ.د/ عادل عبد الله محمد
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق

الأخ الفاضل : الأستاذ / ....

ولى أمر الطفل / ....

بعد التحية

فيما يلى بعض السلوكيات التى تصدر عن الطفل فى مختلف المواقف التى يتعرض لها فى أوقات مختلفة خلال اليوم. المرجو من سيادتكم تحديد مدى إنطباق هذه السلوكيات على الطفل وذلك حتى نتمكن من التشخيص الصحيح لحالته علماً بأنه ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة لكن المهم هو التحديد الدقيق لمدى إنطباق العبارات المتضمنة على الطفل من خلال ما يصدر عنه من أنماط سلوكية مختلفة حتى نتمكن من تقديم الخدمات المناسبة له مع الأخذ فى الاعتبار أن هذه المعلومات سرية للغاية ولن يتم استخدامها إلا بغرض البحث العلمى فقط .

وأشكركم على حسن تعاونك معنا ،

إسم الطفل / .... الجنس / ....

تاريخ الميلاد / .... المدرسة/ الروضة / ....

م	العبــــــــارة	نعم	لا
١	مدى إنتباهه قصير.	....	....
٢	يستخدم الكلمات ويرددها دون أن يعى معناها.	....	....
٣	يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة فيجرح أو يؤذى نفسه أو غيره.	....	....
٤	يقاوم التغيير فى الروتين أو فى أى شئ حوله مهما كان بسيطاً	....	....
٥	ردود فعله للإحساسات المادية غير عادية (أقل أو أكثر من أقرانه)	....	....
٦	لايقلد أفعال الآخرين.	....	....
٧	يبدو مفرطاً فى الفاعلية أو السلبية.	....	....
٨	غير قادر على تحديد الأشياء موضع الإهتمام	....	....
٩	يعانى من قصور أو تأخر واضح فى القدرة اللغوية.	....	....
١٠	لايحب أن يلمسه أحد.	....	....
١١	يظهر إحساساً مفرطاً بالألم أو يظهر وكأنه لايحس بالألم.	....	....
١٢	يعانى من تأخر أو نقص واضح فى القدرة على اللعب التخيلى أو الرمزى ومن ثم لايبدى أى مبادرات لذلك.	....	....
١٣	تنقصه القدرة على المبادأة أو إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين.	....	....
١٤	لايفهم التعبيرات الوجهية بشكل صحيح.	....	....
١٥	ينشغل بلعبة واحدة أو شخص واحد أو شئ واحد.	....	....
١٦	غير قادر على إظهار عواطفه أو إنفعالاته تجاه الآخرين والتعبير عنها.	....	....

م	العبـــــــارة	نعم	لا
١٧	ليس بمقدوره التفاعل مع القائمين برعايته.	....	....
١٨	لايستخدم الإشارات والإيماءات الاجتماعية بشكل مناسب لتنظيم تفاعلاته مع الآخرين	....	....
١٩	أساليبه فى الأداء الحركى نمطيه ومتكررة (كالتصفيق أو ضرب الرأس فى الحائط مثلا).	....	....
٢٠	ينشغل بأجزاء من الأشياء	....	....
٢١	تنتابه نوبات ضحك وصراخ وغضب غير مناسب دون وجود سبب واضح.	....	....
٢٢	يتصرف وكأنه طفل أصم مع أن قدرته على السمع عادية.	....	....
٢٣	يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .	....	....
٢٤	يجد صعوبة بالغة فى الاختلاط بالآخرين	....	....
٢٥	غير قادر على أن يتعلق بالراشدين أو حتى بأحد والديه .	....	....
٢٦	لاينظر فى أعين الآخرين وهو يتحدث إليهم	....	....
٢٧	مستسلم ويحملق لأعلى معظم الوقت	....	....
٢٨	سريع الإنتقال من لعبة إلى أخرى وذلك بشكل ملفت.	....	....

إختلال التفاعل الإجتماعى فى الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح فى إختلال أو نقص قدرتهم على الحملقة .

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد أن معدل الانتشار هذا قد جعل منه ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً، فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California State Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأى حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحديين فى المراكز الإقليمية الأحد وعشرين للتوحدية التابعة لولاية كاليفورنيا والتى تقوم بتقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسرهم وذلك خلال أحد عشر عاماً تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحديين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالى إلى زيادة أعداد الأفراد التوحديين الذين يقدم لهم المركز الإقليمى خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز فى عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فرداً جديداً ، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقاً للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب . وتوضح التقديرات أن صافى معدل الزيادة السنوية فى عدد الأفراد التوحديين قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣٪ تقريباً .

ويعتبر هذا الإضطراب كما تحدده منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO نمطا من أنماط الاضطراب النمائى العام أو الشامل (المنتشر) Pervasive وتعنى كلمة منتشر أن هناك عدة مجالات لعمليات التطور تتأثر (سلباً) من جراء هذا الاضطراب. ويتسم كذلك بحدوث نمو غير طبيعى أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوى فى مجالات ثلاثة هى التفاعل الاجتماعى، والتواصل، والسلوك النمطى المقيد التكرارى.. ويحدث هذا الاضطراب بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث. وتذهب نادية أبو السعود (٢٠٠٠) إلى أنه على الرغم من أن مظاهر هذا الاضطراب تظل فى الغالب طيلة حياة الفرد فقد يحدث تحسن لدى بعض الحالات ما بين سن الخامسة إلى

السادسة، كما أن البلوغ يمكن أن يحدث تغيراً سواء باتجاه التحسن أو التدهور. ولايوجد فى الواقع سوى نسبة قليلة من هؤلاء الأطفال هم الذين يكون باستطاعتهم توجيه حياتهم بقدر معقول من الإستقلالية. ويؤكد هربرت (١٩٩٨) Herbert على وجود قصور فى جوانب ثلاثة رئيسية تميز هذا الاضطراب هى العلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعى، والخيال. ويضيف أن هناك محكات معينة يجب أن تنطبق على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك ، هى :

١- أن تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل إلى ثلاثين شهراً من العمر.

٢- حدوث قصور فى النمو الاجتماعى.

٣- حدوث قصور فى النمو اللغوى .

٤- الإصرار من جانب الطفل على الرتابة والروتين.

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن هذا الاضطراب يسبب آثاراً سلبية شديدة على النمو المعرفى والاجتماعى والانفعالى للطفل وعلى سلوكه بوجه عام، وهو ما يترك آثاراً سلبية على العملية النمائية بأسرها . ويذهب كذلك إلى أن هذا الاضطراب يعتبر هو الأكثر شيوعاً فى الاضطرابات النمائية المنتشرة، ويؤثر بشدة على السمات الإنسانية الأساسية كالجانب الاجتماعى بين الشخصى المتمثل فى العلاقات واللعب، والتواصل حيث يتعرض الأطفال التوحديون لقصور شديد فى العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى واللعب بين الشخصى والتواصل. ويضيف أيضاً أن الطفل التوحدى يتسم برغبته الملحة فى الحفاظ على الرتابة والروتين فى البيئة المحيطة ، كما يتسم بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهزهزة والدوران السريع والتصفيق غير العادى، إلى جانب السلوكيات المدمرة للذات كضرب الرأس فى الحائط أو ضرب اليدين بشدة فى أى شئ أو عض نفسه. إضافة إلى قصور فى التواصل بالعين مع الآخرين حيث يتجنب النظر إليهم وهو يحدثهم، والإنجذاب للأشياء غير الحية. كما أنه ينغمس فى سلوكيات ترتبط بطقوس معينة، ويعد أقل مبادرة فى التفاعل مع الأقران حتى قياساً بأقرانه المتخلفين عقلياً . وإلى جانب ذلك فهو يتسم بنقص الإستجابة للآخرين، ومن ثم فإن هذا الإضطراب يتضمن أوجه قصور أولية متعددة.

ويضيف المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن هناك عدداً من الدلائل التشخيصية التي تستخدم في تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 تتمثل في أنه لاتكون هناك في العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي، وإن وجدت فإنها لاتتجاوز السنة الثالثة من العمر. كما توجد دائماً إختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل وغالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية ، كما تتجلى في فقدان الإستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما، إضافة إلى ضعف إستخدام الرموز الاجتماعية ، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي - العاطفي. كذلك تنتشر الإختلالات الكيفية في التواصل والتي قد تأخذ شكل عدم الإستخدام لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة، واختلال في اللعب الإيهامي make- believe play والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الإستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات cadence وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل. وكذلك عدم إستخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والإهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب. وقد يكون هناك إرتباط معين بأشياء غير عادية ، وكثيراً ما تكون هناك إنشغالات نمطية ببعض الإهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو إهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها أو ملمسها، إضافة إلى مقاومة أي تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة. وعلى ذلك يرى هربرت Herbert (١٩٩٨) أن المحكات ا لواردة في التصنيف الدولي العاشر للأمراض تركز على وجود نمو غير عادي أو قصور في النمو يحدث قبل أن يصل الطفل إلى سن الثالثة مع وجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل في التفاعل الاجتماعي المتبادل، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد والتكراري.

و تركز المحكات الواردة فىDSM - IV كما يرى هربرت (١٩٩٨) Herbert على بداية حدوث الاضطراب ، وكيف الأداء الوظيفى فى مجالات التفاعل الاجتماعى واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعى واللعب الرمزى أو الخيالى. كما تركز أيضاً على السلوك الاجتماعى واللغة والتواصل إلى جانب الأنشطة والإهتمامات. وهى جميعاً تمثل أوجه قصور واضحة فى الأداء من جانب الطفل. ويرى فولكمار (١٩٩٦) Volkmar أنه ليس هناك أى تعارض بين ما يعرضه التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 وما يعرضه دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV حول التوحدية، بل إنهما يتفقان تماماً فى هذا الخصوص.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة إنتشار هذا الاضطراب فى الولايات المتحدة تبلغ ٠٦ر٠ ٪ ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة إنتشار التوحدية فى اليابان على سبيل المثال تعد أعلى من مثيلتها فى أى دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ١٣ر٠ – ١٦ر٠ ٪ فى حين تبلغ النسبة فى المملكة المتحدة ٠١ر٠ ٪ أما الصين فتعد أقل دول العالم فى إنتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠٠٤ر٠٪ . ومع ذلك فإن نسبة إنتشار هذا الاضطراب فى البلاد العربية غير معروفة حتى الآن حيث لاتوجد مدارس خاصة بالأطفال التوحديين، بل إن تلك الفئة تكاد تكون مهملة فى فئات الإعاقة . ويضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الإصابة بالتوحدية مع ذلك لاترتبط بطبقة معينة أو سلالة أو مستوى إقتصادى أو اجتماعى أو ثقافى معين، أما بالنسبة للجنس فإن نسبة إنتشاره بين البنين تزيد أربعة أضعاف تقريباً عن نسبة إنتشاره بين البنات. ولايوجد سبب معين على وجه التحديد يعد هو المسئول عنه على الأقل حتى الوقت الراهن، كما أوضحنا من قبل.

أما بالنسبة لتطور هذا ا لاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقتهم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم . وفى ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحقيقية بين هؤلاء الأطفال لاتتعدى ١-٢٪ وهم أولئك الذين يتمتعون بوجود

مهارات لغوية لديهم إلى جانب نسب ذكاء مرتفعة. ويرى نيوسوم (١٩٩٨) Newsom أن نسبة ١٠٪ تقريباً من الأطفال التوحديين هم الذين يحققون تقدماً فى المجال اللغوى والاجتماعى، بينما يستطيع ٢٠٪ تقريباً أن يحققوا بعض التقدم فى المجال الاكاديمى والاجتماعى على الرغم من وجود إعاقة واضحة فى قدرتهم على التحدث، فى حين لايحرز حوالى ٧٠٪ منهم سوى تقدم محدود جداً ويظلون بالتالى على معاناتهم الواضحة من الإعاقة الشديدة والتى تتمثل كما يرى دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever فى مجالات التواصل، والتفاعل الاجتماعى واللعب ، والادراكات الحسية ، والسلوكيات .

تشخيص وتقييم الاضطراب

يعد إضطراب التوحد Autism من الاضطرابات النمائية الحادة التى تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعتبر بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكى، إلا أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV قد عرض له على أنه اضطراب نمائى عام أوشامل (منتشر) Pervasive ويحدد التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الإهتمام تأثيراً سلبياً .

وجدير بالذكر أن الدليل التشخيصى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة فى الوقت الراهن. ويرى فولكمار (١٩٩٦) Volkmar أنه لايوجد أى تعارض بينهمافى تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفى تشخيص اضطراب التوحد أو التوحدية على وجه الخصوص. وفى هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسى لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هى :

١-**البداية:** تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ويكون الأداء الوظيفى للطفل مختلاً فى واحد على الأقل من جوانب التفاعل الاجتماعى، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعى، واللعب الرمزى أو الخيالى.

٢-**السلوك الاجتماعى:** يوجد قصور كيفى فى التفاعلات الاجتماعية فى إثنين على الأقل من أربعة محكات هى التواصل غير اللفظى، وإقامة علاقات مع الأقران، والمشاركة مع الآخرين فى الأنشطة والإهتمامات، وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

٣-**اللغة والتواصل:** يوجد قصور كيفى فى التواصل فى واحد على الأقل من أربعة محكات هى تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والإستخدام النمطى أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور فى اللعب التظاهرى أو الخيالى.

٤-**الأنشطة والإهتمامات:** توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية فى واحد على الأقل من أربعة محكات هى الإنشغال باهتمام نمطى واحد غير عادى، والرتابة والروتين، وأساليب نمطية للأداء، والإنشغال بأجزاء من الأشياء.

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عدد من المقاييس تم استخدامها فى البيئات الأجنبية يأتى فى مقدمتها المقاييس التالية :

١- قائمة ملاحظة السلوك التوحدى التى أعدها كروج (١٩٩٠) Krug والتى تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هى :

أ - القصور فى القدرة على التعبير اللفظى .

ب - الإنسحاب الاجتماعى.

جـ - عدم القدرة على التواصل الاجتماعى.

٢- إستمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الامريكية California

Temperament Form والتى تحدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعادالسابقة .

٢- مقياس التقييم المختصر للسلوك Behavior Summarized Evaluation والذى يكتب إختصاراً BSE ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب تتمثل فى الأبعاد التالية :

أ – الإنسحاب الاجتماعى.　　ب – القدرة على المحاكاة.

جـ – التواصل.　　د – ضعف الانتباه .

هـ – التعبير اللفظى.　　و – التعبير غير اللفظى.

ز – علامات الخوف والتوتر.　　ح – الإستجابات الذهنية.

أما على المستوى العربى فهناك محاولة لذلك عرض لها عبدالرحيم بخيت (١٩٩٩) وتضمن المقياس ١٦ عبارة يجاب عنها بـ (نعم) أو (لا) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض للتوحدية يجب أن تنطبق ثمانى عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ومن ثم يتضح أن العيادة النفسية المصرية تعانى من قصور واضح فى أساليب تشخيص هذا الاضطراب.

مقياس الطفل التوحدى:

يعد مقياس الطفل التوحدى هو المقياس الذى نحن بصدد الحديث عنه الآن ، ويعد بمثابة محاولة فى سبيل وضع مقياس تشخيصى يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوى الاضطرابات الأخرى وعن الأطفال المعاقين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات والخطط والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الإندماج مع الآخرين فى المجتمع .

وصف المقياس:

تمت صياغة عبارات هذا المقياس فى ضوء المحكات الواردة فى وصف وتشخيص وتقييم هذا الاضطراب فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض

والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association (APA) ، (١٩٩٤) إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجى والسيكاترى حول ما كتب عن ذلك الاضطراب. ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها بـ (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائى أو ولى الأمر أو أحد الوالدين. وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض للتوحدية، ويعنى وجود نصف هذا العدد من العبارات (١٤ عبارة) على الأقل وإنطباقها على الطفل أنه يعانى فعلاً من التوحدية .

وفى الغالب لايتم إعطاء درجة للطفل فى هذا المقياس حيث يتم إستخدامه بغرض تشخيص فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعانى فعلاً من اضطراب التوحد وذلك من خلال إنطباق الحد الأدنى من عبارات هذا المقياس عليه والذى يتمثل كما أوضحنا سلفاً فى نصف عدد عبارات المقياس وهو ما يبلغ أربع عشرة عبارة. ومع ذلك فهذا لايعنى عدم إمكانية إعطاء درجة للطفل على المقياس حيث يمكن إعطاء درجة واحدة للإجابة بـ (نعم) وصفر للإجابة بـ(لا). وبذلك فإن حصول الطفل على ١٤ درجة على المقياس يعنى إنطباق ١٤ عبارة عليه ، وهو ما يتفق مع ما ذكرناه سابقاً، ومن ثم لايوجد أدنى تعارض بين الأسلوبين .

ومما لاشك فيه أن عشر عبارات فقط قد تكون كافية كى نحكم من خلالها على الطفل إذا ما إنطبقت عليه ، إلا أنه لزيادة التأكيد يفضل أن ينطبق نصف عدد عبارات المقياس على الطفل نظراً للتشابه الذى يوجد بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات الأخرى، وهو الأمر الذى يسهم بشكل جدى فى حصولنا على نتائج صحيحة وصادقة .

صدق المقياس :

تم إستخدام أكثر من أسلوب لحساب صدق المقياس ، فتم عرضه بعد صياغة عباراته على عدد من المحكمين من أساتذة الصحة النفسية والأطباء النفسيين . وبعد ذلك تم الإبقاء فقط على تلك العبارات التى حازت على ٩٥٪ على الأقل من إجماع المحكمين ، وكان من نتيجة ذلك حذف خمس عبارات ليصبح بذلك العدد النهائى لعبارات المقياس ٢٨ عبارة تمثل الشكل النهائى للمقياس .

هذا وقد تم تطبيق المقياس على عينة من الأطفال التوحديين (ن = ١٣) وتم إعطاء درجة واحدة للإستجابة بـ (نعم) وصفر للإستجابة بـ (لا) وعند إستخدام المقياس المماثل الذى أعده عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) كمحك خارجى وإتباع نفس الإجراء فى إعطاء درجة للمفحوصين على المقياس بلغ معامل الصدق ٨٦٣ر٠ وبحساب قيمة (ر) بين تقييم الأخصائى وتقييم ولى الأمر بلغت ٩٣٨ر٠ وهى جميعاً قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر٠

ثبات المقياس:

تم أيضا إتباع أكثر من أسلوب واحد لحساب الثبات حيث تم تطبيق هذا المقياس على أفراد العينة (ن=١٣) ثم أعيد تطبيق نفس المقياس عليهم مرة أخرى بعد مرور شهر واحد من التطبيق الأول . وبإتباع نفس الإجراء السابق فى إعطاء درجة للمفحوصين على المقياس بلغت قيمة معامل الثبات ٩١٧ر٠ وباستخدام معادلة KR-21 بلغت ٨٤٦ر٠ وهى بطبيعة الحال قيم دالة إحصائيا عند ٠١ر٠

وهذا يعنى أن المقياس بذلك يتمتع بدرجة مناسبة من الصدق والثبات يمكن الإعتداد بها والثقة فيها.

المعايير:

إشتقت المعايير من نتائج تطبيق المقياس على عينة من الأطفال التوحديين قوامها ثلاثون طفلا ، وتم إستخدام أكثر من أسلوب لحساب المعايير وذلك على النحو التالى :

١-الإعشاريات:

تم إستخدام الإعشاريات لحساب المعايير ، وتقسم الإعشاريات التوزيع التكرارى إلى ما هو أكبر من وما هو أقل من حد فاصل معين ، وهى بذلك تحدد مستويات متدرجة للبيانات الرقمية التى يشتمل عليها التوزيع . وتصلح مثل هذه الطريقة إلى حد كبير فى تحديد مستويات ومعايير الأفراد فى أى إختبار.

هـذا وتوضـح الجداول التالية التوزيع التكرارى لفئات درجات أفراد العينة، والإعشاريات والنقط الإعشارية من الدرجات الخام لأفراد العينة التى تم تطبيق هذا المقياس عليها .

جدول (١)

التوزيع التكرارى لفئات درجات أفراد العينة

فئات الدرجات	الحدود الحقيقية للفئات	التكرار	التكرار المتجمع الصاعد
١٤ – ١٥	١٣٫٥ – ١٥٫٥	٣	٣
١٦ – ١٧	١٥٫٥ – ١٧٫٥	٦	٩
١٨ – ١٩	١٧٫٥ – ١٩٫٥	١٤	٢٣
٢٠ – ٢١	١٩٫٥ – ٢١٫٥	٤	٢٧
٢٢ – ٢٣	٢١٫٥ – ٢٣٫٥	٢	٢٩
٢٤ – ٢٥	٢٣٫٥ – ٢٥٫٥	١	٣٠

جدول (٢)

الإعشاريات والنقط الإعشارية وفروق النقط الإعشارية من الدرجات الخام لأفراد العينة

الإعشاريات	النقط الإعشارية	التقريب	فروق النقط الإعشارية	التقريب
الأول	١٥٫٥٠	١٦		
الثانى	١٦٫٥٠	١٧	١	١
الثالث	١٧٫٥٠	١٨	١	١
الرابع	١٧٫٩٣	١٨	٠٫٤٣	صفر
الخامس	١٨٫٣٦	١٨	٠٫٤٣	صفر
السادس	١٨٫٧٩	١٩	٠٫٤٣	صفر
السابع	١٩٫٢١	١٩	٠٫٤٢	صفر
الثامن	٢٠٫٠٠	٢٠	٠٫٧٩	١
التاسع	٢١٫٥٠	٢٢	١٫٥٠	٢

وهــكذا يتضح لنا أن فروق النقــط الإعشارية تقل بالقــرب من مناطق تركيز التوزيع التكرارى، وتزداد بالقرب من المناطق التى يتخفف فيها هذا التوزيع مــن أغلب تكراره، أى أن الفــروق الفردية تزداد حساسيتــها كمــا يرى فؤاد البهى السيد (١٩٧٩) بالقرب من المناطــق الوسطــى ، بينما تضعف هذه الحساسية بالقرب من المناطق المتطرفة .

٢-المعايير التائية:

كذلك فقد تم إستخدام الدرجات التائية T Scores أو ما يعرف بالدرجات المعيارية المعدلة derived Standard Scores كوسيلة أخرى لحساب المعايير من الدرجات الخام لأفراد العينة.

هذا ويوضح الجدول التالى الدرجات الخام لأفراد العينة ومقابلاتها التائية أو المعيارية المعدلة.

جدول (٣)

المعايير التائية لدرجات مقياس الطفل التوحدى

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
٨	٦	١٥	٣٥	٢٢	٦٥
٩	١٠	١٦	٤٠	٢٣	٦٩
١٠	١٤	١٧	٤٤	٢٤	٧٣
١١	١٩	١٨	٤٨	٢٥	٧٧
١٢	٢٣	١٩	٥٢	٢٦	٨٢
١٣	٢٧	٢٠	٥٦	٢٧	٨٦
١٤	٣١	٢١	٦١	٢٨	٩٠

المراجع

١- حسنى إحسان حلوانى (١٩٩٦) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة.

٢- صلاح الدين محمود علام (١٩٩٣) : الأساليب الإحصائية الإستدلالية البارامترية واللابارامترية فى تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية . القاهرة، دار الفكر العربى.

٣- عبد الرحيم بخيت عبدالرحيم (١٩٩٩) : الطفل التوحدى (الذاتى - الإجترارى) ، القياس والتشخيص الفارق . المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠-١١/١٢.

٤- فؤاد البهى السيد (١٩٧٩) : علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى . ط٣ - القاهرة، دار الفكر العربى.

٥- محمد على كامل (١٩٩٨) : من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج . القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٦- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) : المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD-10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية . ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الاسكندرية، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

٧- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠) : الطفل التوحدى فى الأسرة . الاسكندرية، المكتب العلمى للنشر والتوزيع.

8- Aarons, M. & Gittens, T. (1992); The handbook of autism: A guide for Parents and professionals, New York; Routledg.

9- American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM- IV, Washington, DC., author.

10 Autism Society of America (1999); What is autism? USA, Bethesda, MD.

11- Boomer, L.et. al (1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. Behavioral Disorders, v21, n1.

12- California State Department of Developmental Services (1999); Changes in the population of Persons with autism and pervasive developmental disorders in California's Developmental services system : 1987 through 1998. A report to the legislature. Sacramento, California, CA.

13- Center for Disease Control and Prevention (1999) ; Autism: Causes, Prevalence, and Prevention. Washington, D.C., Medical Knowledge Systems, Inc.

14- Dennis, Maureen et . al. (1999) ; Intelligence patterns among children with high - functioning autism, phenylketonuria, and childhood head injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 29, n.1.

15- Detroit Medical Center (1998) ; Autism; Causes and symptoms. Detroit : Medical Knowledge Systems, Inc.

16- Dorman, Ben & Lefever, Jennifer (1999) ; What is autism? Bethesda, MD. Autism Society of America.

17- Dunlap, Glen & Pierce, Mary (1999) ; Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD). New York: The Council for Exceptional Children.

18 Gillson , Sharon (2000) ; Autism and Social behavior. Bethesda, MD., Autism Society of America.

19- Herbert, Martin (1998); Clinical Child Psychology: Social learning development and behaviour. 2nd ed., UK; Chichester.

20 - *Kendall, Philip C. (2000); Childhood disorders. UK; East Sussex; Psychology Press Ltd, Publishers.*

21- *Newsom, C. (1998); Autistic disorder. In E. Mash & R. Barkley (eds.); Treatment of Childhood disorders. 2nd ed., New York; Guilford Press.*

22- *Smith, M. et. al (1995) ; A guide to successful employment for individuals with autism. Baltimore: Paul H. Brookers publishing Co.*

23- *Trepagnier, Cheryl (1996); A Possible origin for the social and communicative deficits of autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, v11, n3.*

24- *Volkmar, F. R. (1996); Brief Report; Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial . Journal of Autism and Developmental Disorders, v26,n1.*

25- *World Health Organization (1992); The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, author.*

فهرس



Bibliotheca Alexandrina
0421240